

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

**Taiane Oliveira Souza**

**CAPITAL SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES: UM  
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

**Diamantina  
2018**

**Taiane Oliveira Souza**

**CAPITAL SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES: UM  
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, para obtenção do título de Mestre em Odontologia, linha de pesquisa: Epidemiologia e controle das Doenças Bucais, área de concentração em Odontopediatria.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Cristina Pelli Paiva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Letícia Ramos Jorge

**Diamantina  
2018**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S729c

Souza, Taiane Oliveira

Capital social e percepção de saúde bucal em escolares: um estudo de base populacional / Taiane Oliveira Souza. – Diamantina, 2018.  
69 p.

Orientadora: Paula Cristina Pelli Paiva

Coorientador: Maria Leticia Ramos Jorge

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Odontologia) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Percepção. 2. Saúde bucal. 3. Capital social. 4. Crianças. I. Paiva, Paula Cristina Pelli. II. Jorge, Maria Leticia Ramos. III. Título.  
IV. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**CDD 617.6**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

TAIANE OLIVEIRA SOUZA

**Capital social e percepção de saúde bucal em escolares: um estudo  
de base populacional**

Dissertação apresentada ao  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA,  
nível de MESTRADO como parte dos  
requisitos para obtenção do título de  
MAGISTER SCIENTIAE EM  
ODONTOLOGIA

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula  
Cristina Pelli Paiva

Data da aprovação : 26/07/2018



Prof.Dr.<sup>a</sup> PAULA CRISTINA PELLI PAIVA - UFVJM



Prof.Dr.<sup>a</sup> CINTIA TEREZA PIMENTA DE ARAÚJO - UFVJM



Prof.Dr.<sup>a</sup> RAQUEL GONÇALVES VIEIRA DE ANDRADE - UFMG

DIAMANTINA

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, *Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Cristina Pelli Paiva* para quem não há agradecimentos suficientes. Obrigada por todo conhecimento transmitido e pelo empenho para que eu conseguisse concluir este trabalho. Obrigada pela paciência, sugestões e correções diante das minhas falhas e limitações nesse início da minha jornada como pesquisadora. Admiro muito a sua inteligência e o sua inquestionável dedicação à profissão. Muito obrigada!

À minha coorientadora *Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Letícia Ramos Jorge*, minha maior referência na Odontopediatria. Obrigada por tantos ensinamentos clínicos e científicos fazendo deste Programa de Pós-Graduação completo para nossa formação. Agradeço também por todo carinho e acolhimento que tornaram os momentos difíceis mais leves. Você acreditou no meu potencial, mais do que eu mesma e me mostrou que estava no caminho certo para atingir meus objetivos.

Aos coordenadores e professores do programa de pós-graduação, por cada disciplina ministrada e cada conhecimento passado. São grande inspirações na carreira acadêmica e foram fundamentais para o meu crescimento.

Agradeço imensamente à *Clínica de Bebês*, onde tive a oportunidade de exercer o meu amor pela odontopediatria. Além das atividades do estágio que me prepararam para a docência, os atendimentos clínicos complexos e de difícil manejo comportamental me tornaram uma profissional mais capacitada para os cuidados odontológicos da criança.

A *Profa. Dra. Raquel Gonçalves Vieira de Andrade* e *Profa. Dra. Cintia Tereza Pimenta de Araújo* por aceitarem participar da banca de defesa da minha dissertação. É uma honra ter a contribuição de vocês no meu trabalho.

À minha turma de mestrado pela convivência tão agradável e por estarem sempre dispostos a me ajudar dentro e fora da Universidade. Vocês foram uma verdadeira família pra mim. Agradeço em especial a *Glaciele Souza*, que tive a felicidade de reencontrar na pós- graduação, obrigada por estar ao meu lado contribuindo com as minhas conquistas.

Aos alunos do doutorado em especial *Débora Souto e Ednele Miranda* por serem exemplos de generosidade. Agradeço por compartilharem comigo conhecimentos, explicações e principalmente pela amizade construída.

Aos alunos de graduação, em especial *Estephane, Cibely, Sabrina e Paloma* por me ajudarem na coleta e tabulação de dados em vários dias de férias. Agradeço pela dedicação ao meu trabalho e admiro a responsabilidade de vocês com todas as atividades solicitadas.

Tenho muita gratidão também aos funcionários da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri pela colaboração prestada. De modo especial a *Gislene*, obrigada por não medir esforços para nos ajudar e realizar o seu trabalho com tanta dedicação.

Aos meus professores da minha graduação em especial a querida *Desirée Haikal* por ter despertado em mim grande estima pela pesquisa científica. Há professores que podem mudar a vida profissional do aluno. Obrigada Desi!

Agradeço especialmente as *crianças* e seus *responsáveis* que aceitaram participar desta pesquisa. Muito obrigada por toda confiança e credibilidade depositadas neste trabalho.

Aos diretores e professores das escolas públicas e particulares de Diamantina pela receptividade e empenho em ajudar.

À UFVJM pelo apoio financeiro e fornecimento de recursos a minha pesquisa.

## AGRADECIMENTOS AFETIVOS

Primeiramente agradeço à *Deus*, meu sustentador, Sem Ti Senhor, nada sou!

Aos meus pais *Cida e Oriovaldo*, fontes de amor imensurável. Obrigada por todo esforço e pela luta diária para incentivar e garantir os meus estudos, vocês são os verdadeiros responsáveis pelas minhas conquistas.

Ao meu irmão *Pedro Fagner*, ortodontista exemplar em que me espelho na minha profissão. A minha irmã *Dayane* que pela determinação e coragem em estudar tão longe me inspira na busca pelos meus objetivos. A *Brenna* que generosamente se dispôs a fazer parte da minha família.

Agradeço de forma especial ao meu noivo *Aroldo Rodrigues*, meu companheiro que foi meu grande suporte e ajudou de inúmeras formas para a conclusão dessa etapa. A você todo meu amor e gratidão.

Aos meus familiares em especial aos meus avós *Lourdes e Toinho* meus maiores exemplos de luta e união e a minha tia *Édna* por ter me acolhido tão bem na sua casa quando precisei no meu período de estudante.

A todos os meus amigos, em especial as minhas amigas de infância *Dábyne e Stéfane* que acompanharam de perto toda a minha trajetória.

A todos obrigada por permitirem que esta dissertação fosse uma realidade.

## RESUMO

Os pais geralmente são os principais tomadores de decisão em questões que afetam a saúde e os cuidados de saúde de seus filhos. Considerando a importância da sua visão sobre a saúde bucal das crianças e o crescente número de pesquisas que mostram o efeito benéfico do alto capital social nas condições de saúde, este estudo objetivou determinar a associação entre a percepção de saúde bucal dos responsáveis sobre a saúde bucal dos seus filhos e os níveis do capital social infantil. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com uma amostra representativa de 672 escolares de 8 a 11 anos de idade da cidade de Diamantina. Os dados foram coletados através de questionários e exame clínico adotando os Índices CPO-D e ceo-d para cárie, O'Brien para traumatismo dentário e Loe e Silness para sangramento gengival. A avaliação da dor de dente foi realizado de acordo com Góes. Também foram investigados o Capital Social e a percepção dos pais/responsáveis sobre a Saúde Bucal de seus filhos. Os dados foram analisados de forma descritiva, as associações foram determinadas pelo teste Qui-quadrado, Exato de Fisher  $p < 0,005$  e a análise multivariada através da Regressão Hierárquica de Poisson. O baixo capital social [PR: 1,26 (95%CI: 1,05-1,50)  $p = 0,011$ ], a renda inferior a dois salários [PR: 1,43 (95%CI: 1,80-1,73)  $p < 0,001$ ], alto número de pessoas na família [PR: 1,12 (95%CI: 1,04-1,38)  $p = 0,013$ ], presença de dor de dente [PR: 1,21 (95%CI: 1,01-1,45)  $p = 0,003$ ], sangramento gengival [PR: 1,53 (95%CI: 1,92-2,03)  $p = 0,003$ ] e cárie dentária [PR: 1,51. 95%CI: 1,29-1,78)  $p < 0,001$ ] permaneceram no modelo final e estiveram significativamente associados à percepção negativa de saúde bucal. A percepção negativa do cuidador em relação à saúde bucal do filho esteve associada com baixos níveis de capital social da criança o que suporta a hipótese da influência benéfica das conexões sociais na saúde bucal do indivíduo. Compreender os fatores que afetam a percepção dos pais sobre saúde bucal dos filhos pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para superar as barreiras que os pais encontram no acesso da criança aos cuidados odontológicos.

**Palavras-chaves:** Percepção; Saúde bucal; Capital social; Crianças



## ABSTRACT

Parents are often the primary decision makers on issues that affect their children's health and health care. Considering the importance of their view on the oral health of children and the growing number of researches showing the beneficial effect of high social capital on health conditions, this study aimed to determine the association between the oral health perception of those responsible for their children's oral health and the levels of child social capital. It is a cross-sectional population-based study with a representative sample of 672 schoolchildren aged 8 to 11 years old from the city of Diamantina. Data were collected through questionnaires and clinical examination using the CPO-D and ceo-d indices for caries, O'Brien for dental trauma and Loe and Silness for gingival bleeding. The evaluation of tooth pain was performed according to Goes. We also investigated the Social Capital and the perception of the parents / guardians about the Oral Health of their children. The data were analyzed in a descriptive way, the associations were determined by the Chi-square test, Fisher's exact test  $p < 0.005$  and the multivariate analysis through Hierarchical Poisson Regression. The low social capital [PR: 1.26 (95% CI: 1.05-1.50)  $p = 0.011$ ], income lower than two wages [PR: 1.43 (95% CI: 1.80-1 ,  $P < 0.001$ ), high number of people in the family [PR: 1.12 (95% CI: 1.04-1.38)  $p = 0.013$ ], presence of tooth pain 95% CI: 1.01-1.45)  $p = 0.003$ ], gingival bleeding [PR: 1.53 (95% CI: 1.92-2.03)  $p = 0.003$ ] and dental caries [PR: 51. 95% CI: 1.29-178)  $p < 0.001$ ] remained in the final model and were significantly associated with negative perceptions of oral health. The negative perception of the caregiver regarding the oral health of the child was associated with low levels of social capital of the child, which supports the hypothesis of the beneficial influence of the social connections on the oral health of the individual. Understanding the factors that affect parents' perceptions about their children's oral health can contribute to the development of strategies to overcome the barriers parents face in their access to dental care.

**Key words:** Perception; Oral health; Share capital; Children

## **TABELAS**

Tabela 1 – Consistência interna dos itens do Questionário de Capital Social para crianças dividido em quatro domínios (amostra de 127 crianças de 08 a 11 anos), sudeste do Brasil, 2018.....	32
Tabela 2 - Associação entre variáveis do capital social, sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).....	33
Tabela 3- Análise de regressão de Poisson univariada e ajustada por níveis. Associação entre variáveis do capital social sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).....	35
Tabela 4- Análise de regressão de Poisson ajustada modelo final. Associação entre variáveis do capital social, sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	10
1.1 Percepção de Saúde Bucal.....	10
1.2 Capital Social.....	12
 2. ARTIGO.....	15
Página de título.....	16
Resumo.....	17
Introdução.....	18
Metologia.....	19
Resultados.....	20
Discussão .....	23
Porque este trabalho é importante para odontopediatras?.....	26
Agradecimentos.....	27
Referências.....	28
 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
 4. REFERÊNCIAS GERAIS.....	40
 5. APÊNDICES	
Apêndice A- Carta de Apresentação.....	43
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
Apêndice C- Questionário Socioeconômico .....	47
Apêndice D- Questionário de Capital Social.....	48
Apêndice E- Questionário de Dor.....	50
Apêndice F- Ficha de Exame Clínico .....	51
 6. ANEXOS	
Anexo I- Carta de Aprovação Pelo Conselho de Ética em Pesquisa.....	54
Anexo II- Normas para publicação na revista <i>International Journal of Paediatric Dentistry</i> .....	59

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 Percepção de Saúde Bucal

Os pais geralmente são os principais tomadores de decisão em questões que afetam a saúde e os cuidados de saúde de seus filhos (HICKSON *et al.*, 2002). Portanto, juntamente com os profissionais de saúde, desempenham um papel fundamental nas tentativas de alcançar os melhores resultados de saúde das crianças. As percepções dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos podem influenciar as decisões sobre o atendimento odontológico e os padrões de atenção à saúde (JOKOVIC *et al.*, 2004). Tem sido sugerido que essas percepções podem estar associadas a condições clínicas, comportamentais, educacionais e socioeconômicas (TALEKAR *et al.*, 2005; SOHN *et.al.*, 2008; WANDERA *et al.*, 2009;).

Em relação aos fatores clínicos que afetam a percepção de saúde bucal destaca-se a cárie dentária (SOHN *et al.*, 2008; PIOSEVAN *et al.*, 2011) que apesar dos avanços no atendimento odontológico, do aumento do acesso ao fluoreto (ALVES, 2012) e das políticas de promoção de saúde bucal nas últimas décadas, ainda persiste como um importante problema global de saúde pública (DU Q *et al.*, 2016). A cárie dentária é uma doença disbiótica polimicrobiana multifatorial que afeta os tecidos mineralizados dos dentes (esmalte, dentina e cemento) (SIMÓN-SORO & ALEX MIRA, 2015). É causada pela ação de bactérias cariogênicas através de carboidratos fermentáveis levando à desmineralização dessas porções minerais e a desintegração da matriz orgânica dentária (MARSHALL *et al.*, 2006; PAES LEME *et al.*, 2007).

O desenvolvimento e a progressão da cárie não é apenas o resultado de fatores individuais, mas também o efeito de fatores externos naturais, sociais e comportamentais (SELWITZ, ISMAI & PITTS, 2007). Um estudo realizado com 3.424 crianças de dois a cinco anos de idade e seus pais que participaram da Terceira Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição nos EUA, mostrou que a presença de cárie dentária não tratada nas crianças foram associadas a percepção da necessidade de tratamento e à percepção da saúde bucal dos seus filhos, independentemente do acesso aos serviços de saúde bucal (TALEKAR *et al.*, 2005).

Uma das principais condições que levam procura por serviços odontológicos e causa impacto negativo na vida dos indivíduos é a dor dentária (LOCKER, 1987; CAMARGO *et al.*, 2012). Além da sua conexão com as características clínicas, sua percepção é influenciada por fatores cognitivos, expectativas, crenças e por fatores

sociais, psicológicos e culturais (PAU *et al.*, 2008). Geralmente os pais e/ou responsáveis só percebem uma condição bucal adversa quando ela se torna evidente ou quando a dor está envolvida (LEE *et al.*, 2010).

No entanto, foi observada controvérsias na literatura sobre a relação da dor com a percepção de saúde bucal. Uma análise transversal com 843 crianças brasileiras entre três e cinco anos de idade demonstrou que a cárie sem dor de dente, dor de dente sem cárie ou ausência de ambas as condições não estiveram associadas à percepção negativa dos responsáveis quanto à saúde bucal dos seus filhos. Uma possível explicação sugerida pelos autores é que a dor de dente poderia não estar relacionada à cárie mas sim a um possível traumatismo dentário que também não foi associado à percepção dos pais. Se os responsáveis não percebem a saúde bucal da criança como ruim quando a cárie dentária está presente sem dor, muitas crianças não se beneficiarão do tratamento odontológico (GOMES *et al.*, 2005).

Outro estudo realizado também no Brasil, avaliou as consequências da dor dentária na percepção da saúde bucal e seu impacto na vida diária de 1.199 crianças em 20 escolas públicas e privadas em Pelotas e concluiu que além de um alto percentual de escolares apresentarem a dor dentária, esta era influenciada pelas características demográficas, socioeconômicas, psicossociais e clínicas, causando um impacto negativo na percepção da saúde bucal e no cotidiano dessas crianças (SCHUCH *et al.*, 2005).

Em relação a condição periodontal de crianças e adolescentes, a gengivite é a doença crônica mais prevalente (LOPEZ, FERNANDEZ & BAELUM, 2006). Tomazoni, *et al* 2016, realizou um estudo com escolares brasileiros de doze anos de idade e observou associação entre fatores socioeconômicos, características do capital social e sangramento gengival. As doenças periodontais graves e os altos níveis de gengivite têm sido associados à pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, além disso, os sinais de gengivite podem afetar a percepção individual de saúde bucal (LOPEZ & BAELUM, 2007; TOMAZONI *et al.*, 2014). Porém não foram identificados estudos que associassem a sua relação entre a condição periodontal infantil com a percepção do responsável em relação a saúde bucal da criança.

Estudos sugerem que as crianças que vivem em famílias com baixa renda e baixo nível educacional têm pior saúde bucal e acesso a atendimento odontológico do que crianças com famílias mais abastadas e instruídas (TALEKA *et al.*, 2005; SOHN *et al.*, 2008; WANDERA *et al.*, 2009). Pesquisas descreveram as disparidades de saúde

bucal através de características sociodemográficas de indivíduos ao longo dos anos, mas apenas recentemente investigações começaram a estudar a influência de fatores contextuais, ambientais e sociais mais amplos sobre a saúde bucal da população (TELLEZ *et al.*, 2006; SABBAH *et al.*, 2009;). Porém, fatores relacionados entre a percepção e redes de apoio como capital social, rede de amigos, coesão social, e os sentimentos de pertencimento e confiança não estão bem elucidados na literatura.

A compreensão dos fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicos associados às percepções dos cuidadores sobre a saúde bucal das crianças pode ser uma informação importante no planejamento de políticas públicas de saúde, tendo em vista a iniquidade no padrão de saúde bucal da população-alvo (PIOSEVAN *et al.*, 2011).

## 1.2 Capital Social

Como parte do interesse mais amplo nos determinantes sociais da saúde, as conexões sociais que as pessoas têm em suas comunidades estão recebendo crescente interesse na pesquisa em saúde pública. Esse interesse está enraizado, em parte, no potencial das conexões sociais das pessoas para reduzir as iniquidades em saúde através da mobilização de recursos na sociedade para facilitar o acesso ao capital social (IIDA *et al.*, 2013)

A primeira análise sistemática contemporânea do capital social foi produzida por Pierre Bourdieu (1985) que definiu o conceito como “o agregado dos recursos efetivos ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento ou reconhecimento mútuo” (PORTES, 1998).

Posteriormente dois estudiosos também forneceram importantes contribuições teóricas (COLEMAN, 1988; PUTNAM 1993). Coleman definiu Capital Social a partir da sua função (COLEMAN, 1988), porém foi o trabalho de Putnam que recebeu grande atenção na literatura de saúde no extenso trabalho de pesquisadores em saúde pública (SALEHYAR *et al.*, 2015). Além disso, Robert Putnam foi reconhecido por popularizar o conceito dentro da pesquisa em saúde, expandindo a teoria das ciências sociais, que tem sido vista apenas para oferecer conceitualização obscura e abstrata (ERIKSSON *et al.*, 2012). Putman definiu o termo como "características da organização social, como confiança, normas e redes que podem melhorar a eficiência da sociedade, facilitando ações coordenadas", além disso, classificou as redes sociais em relações hierárquicas "verticais" e relações igualitárias “horizontais” que refere-se a relações de confiança e

de cooperação entre membros de uma rede que se veem como semelhantes. (PUTMAN, 1993).

O capital social pode ser dividido em várias formas e dimensões, uma distinção comum na pesquisa inclui uma análise estrutural e um aspecto cognitivo. (KAWACHI *et al.*, 1999). A dimensão estrutural inclui aspectos externos observáveis da organização social e é caracterizada por manifestações comportamentais de conexões de rede ou engajamento cívico. A dimensão cognitiva reflete atitudes subjetivas como a confiança nos outros e as normas de reciprocidade (MURAYAMA *et al.*, 2013). A distinção entre as diferentes formas e dimensões do capital social é importante porque suas associações com a saúde podem variar (ROUXEL *et al.*, 2014).

O capital social ainda pode ser considerado tanto em nível individual quanto em nível contextual. O nível individual é definido como recursos e diferentes formas de apoio que se encontram dentro das redes sociais dos indivíduos (KAWACHI *et al.*, 2004). Por outro lado, o capital social contextual ou coletivo enfatiza os recursos que podem ser construídos coletivamente por indivíduos que estão socialmente interligados com o propósito de atingir objetivos coletivos (KAWACHI *et al.*, 2008).

O capital social, segundo Morgan & Haglund (2009), obteve grande reconhecimento com a comprovação de que a saúde pode ser influenciada por contextos sociais e que, os relacionamentos têm efeitos importantes sobre saúde e bem-estar. Comunidades com altos níveis de capital social possuem expectativa de vida maior, têm menores taxas de mortalidade e violência (KAWACHI *et al.*, 2004), além disso, na dimensão individual tem influência independente na qualidade de vida relacionada a saúde (LAMARCA *et al.*, 2014). O conhecimento das relações entre a saúde e o capital social é de fundamental importância para que a intervenção da promoção de saúde se volte para o desenvolvimento de programas e políticas que aumentem os níveis de capital social nas comunidades (BEZERRA & GOES, 2013).

Apesar do número crescente de estudos que sugerem que o capital social pode ter uma influência benéfica na saúde bucal (ROUXEL *et al.*, 2014), o seu papel ainda não foi totalmente explorado principalmente em crianças com idade escolar (WATT, 2001; SALEHYAR *et al.*, 2015). O capital social horizontal mostrou efeitos benéficos sobre o número de dentes remanescentes em idosos (AIDA *et al.*, 2009). Adolescentes e adultos que vivem em bairros com alto capital social apresentaram 52% menos probabilidade de apresentar dores odontológicas do que aqueles que vivem em bairros de baixo capital social (SANTIAGO *et al.*, 2013). Estudo realizado com escolares



revelou que as variáveis de capital social no nível individual estavam associadas a maiores níveis de sangramento gengival (TOMAZONI *et al.*, 2016). Efeito da coesão social também foi associado significativamente com proteção à cárie dentária em crianças japonesas (AIDA *et al.*, 2008).

A relação entre o capital social com a percepção de saúde bucal não está bem estabelecida na literatura. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos avaliou a associação entre o capital social da vizinhança percebida pela mãe e o uso de atendimento odontológico e estado de saúde bucal de crianças americanas. Foi observado que mães com menores níveis de capital social foram mais propensas a relatar necessidades de cuidados dentários e insatisfação com a saúde bucal da criança (LIDA *et al.*, 2013) . Porém nenhum estudo que avaliasse o capital social da criança foi identificado até o presente momento. Para obter uma melhor compreensão da percepção de saúde bucal, é necessário espreitar atores distais, como o capital social, que pode ser uma ferramenta importante na implementação de políticas de saúde pública mais efetivas.

## 2. ARTIGO

MANUSCRITO: *Capital social e percepção de saúde bucal em escolares: um estudo de base populacional*

**PERIÓDICO:** International Journal of Paediatric Dentistry

**Fator de Impacto:** 1.532

## **PÁGINA DE TÍTULO**

### **Capital social e percepção de saúde bucal em escolares: um estudo de base populacional**

Taiane Oliveira Souza<sup>1</sup>, Débora Souza Souto<sup>1</sup>, Maria Letícia Ramos-Jorge<sup>1</sup>, Paula Cristina Pelli Paiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Brasil.

**Título resumido:** Capital social e percepção de saúde bucal em escolares

**Palavras- chave:** percepção, saúde bucal, capital social, crianças

#### **Declaração de conflito de interesse**

Todos os autores deste estudo declaram não haver nenhum conflito de interesse, financeiro ou intelectual, como patentes ou direitos autorais.

#### **Correspondência**

Paula Cristina Pelli Paiva

Rua da Glória, 187 39.100-000, Diamantina, MG, Brasil

Phone/Fax: +55 38 35326065

E-mail: paula.paiva@ufvjm.edu.br

## **CAPITAL SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

### **RESUMO**

*Objetivo:* Determinar a associação entre o capital social infantil e a percepção de saúde bucal dos responsáveis sobre a saúde bucal dos seus filhos. *Metodologia:* Este estudo transversal foi realizado em Diamantina em amostra representativa com 672 estudantes de 8 a 11 anos de idade. Os dados foram coletados através de questionários e exame clínico adotando os Índices CPO-D e ceo-d para cárie, O'Brien para traumatismo dentário e Loe e Silness para sangramento gengival. A avaliação da dor de dente foi realizado de acordo com Góes. Também foram investigados o Capital Social e a percepção de Saúde Bucal. Os dados foram analisados de forma descritiva, as associações foram determinadas pelo teste Qui-quadrado e Exato de Fisher  $p < 0.005$  e a análise multivariada através da Regressão Hierárquica de Poisson. *Resultados:* O capital social foi baixo em 73,7% da amostra. A percepção do responsável em relação à saúde bucal da criança foi negativa em 59,5% dos casos. Os níveis mais baixos de capital social infantil social [PR: 1,26 (95%CI: 1,05-1,50)  $p = 0,011$ ], estiveram significativamente associados à percepção negativa de saúde bucal. *Conclusão:* A associação entre a percepção negativa do cuidador em relação à saúde bucal do filho e os baixos níveis de capital social da criança suporta a hipótese da influência benéfica das conexões sociais na saúde bucal do indivíduo. Compreender os fatores que afetam a percepção dos pais sobre saúde bucal dos filhos pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para superar as barreiras que os pais encontram no acesso da criança aos cuidados odontológicos.

**Palavras-chaves:** Percepção, Saúde bucal; Capital social; Crianças

## **Introdução**

Para promoção da saúde da criança é indispensável a compreensão de suas peculiaridades, assim como, condições ambientais favoráveis ao seu desenvolvimento<sup>1</sup>. As crianças não crescem sozinhas, mas sempre o faz em contextos sociais e físicos específicos. O seu desenvolvimento está entrelaçado com a prestação de cuidados e interações dentro do seu ambiente social, econômico e cultural<sup>2</sup>.

Os pais geralmente são os principais tomadores de decisão em questões que afetam os cuidados de saúde da criança<sup>3</sup>. Considerando o seu papel central em garantir o bem-estar infantil é importante explorar suas percepções sobre a saúde bucal de seus filhos<sup>4</sup>. As avaliações dos pais também podem fornecer indicações da necessidade de assistência odontológica bem como ajudar a explicar algumas das razões pelas quais as crianças não recebem o atendimento que necessitam<sup>5</sup>.

As doenças bucais mais prevalentes nas crianças escolares são a cárie dentária, gengivite, dor de dente e má oclusão, especialmente em áreas de baixa renda<sup>6</sup> e rurais<sup>7</sup> com menor nível socioeconômico. Esses fatores afetam consideravelmente a dieta e a nutrição, contribui para evasão escolar e também estão associados a questões psicológicas com importante impacto na qualidade de vida<sup>8-12</sup>. A redução na ocorrência dos problemas de saúde bucal requer programas de saúde pública com estratégias educativas, preventivas e oferta de atendimento odontológico. No entanto, o sucesso de tais programas depende da conscientização dos responsáveis em relação ao estado de saúde bucal de seus filhos<sup>13</sup>.

Estudos tem sugerido que essas percepções podem estar associadas a condições clínicas e socioeconômicas<sup>4, 13, 14</sup>. Uma explicação possível para a ligação entre status socioeconômico e saúde bucal pode estar no efeito de variáveis psicossociais nas decisões individuais de estilo de vida, em que pessoas de níveis de mais altos de estresse psicossocial têm mais probabilidade de fazer escolhas comportamentais ou de estilo de vida prejudiciais à saúde<sup>15, 16</sup>.

Apesar do conhecimento que menores níveis de apoio social podem estar associados e experiências negativas de saúde bucal, fatores relacionados entre a percepção e o capital social, rede de amigos, coesão social, e os sentimentos de pertencimento e confiança não foram identificados na literatura.

O capital social refere-se à participação em redes sociais, associações, normas de confiança e reciprocidade que resultam dessas interações<sup>17, 18</sup>. Tem sido observado um

número crescente de estudos tem sugerido que o capital social adequado é benéfico para a saúde<sup>19, 20</sup>. As pessoas que vivem em comunidades com níveis mais elevados de capital social tiveram melhor saúde geral e bucal do que aquelas em comunidades com baixo capital social<sup>21, 22</sup>. Isso pode ser explicado por uma maior confiança interpessoal e normas de ajuda mútua e reciprocidade<sup>23</sup>.

A compreensão dos fatores sociais, comportamentais, socioeconômicos e clínicos associados às percepções dos responsáveis sobre a saúde bucal das crianças pode ser uma informação importante no planejamento de políticas públicas de saúde, tendo em vista a iniquidade no padrão de saúde bucal da população-alvo<sup>24</sup>. Apesar disso, não foram identificados estudos sobre a relação entre o conhecimento do estado de saúde e os níveis do capital social da criança. A infância e adolescência são períodos críticos durante o qual muitos fatores de risco comportamentais se estabelecem e podem comprometer a saúde bucal<sup>25, 26</sup>.

Considerando a importância da visão dos pais sobre a saúde bucal dos filhos e o crescente número de pesquisas que mostram o efeito benéfico do alto capital social nas condições de saúde de crianças e adolescentes. Este estudo objetivou determinar a associação entre a percepção de saúde bucal dos responsáveis sobre a saúde bucal dos seus filhos e os níveis do capital social infantil.

## **Metodologia**

### *Considerações éticas*

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais, Brasil sob o parecer 2.667.343. O consentimento informado foi obtido de todos os pais/responsáveis legais que participaram do estudo.

### *Localização e desenho do estudo*

Este estudo transversal foi realizado em Diamantina, Minas Gerais, município do sudeste brasileiro, com aproximadamente 45.880 habitantes (IBGE, 2016). A população do estudo inclui 672 estudantes de 8 a 11 anos de idade completos até a data do exame matriculados em escolas públicas e privadas da área urbana.

### *Amostragem e cálculo amostral*

Para o cálculo amostral adotou-se uma prevalência de 50%, com nível de confiança de 95%,  $Z_{\alpha/2} = 1,96$ ; erro de estimativa de 5%. Uma vez que foi realizado

uma estratégia de amostragem por conglomerados, ocorrendo seleção dos participantes em duplo-estágio foi considerado um efeito de design, multiplicando por 1,5 sendo necessário investigar 576 participantes de 8 a 11 anos de idade ( $384 \times 1,5 = 576$ ). Para compensar eventuais perdas, foi acrescido 15% ao cálculo, perfazendo um total de 672 participantes.

### *Estudo Piloto*

Estudo piloto foi desenvolvido previamente ao estudo principal em uma amostra de conveniência composta por 127 escolares para testar a aplicação dos questionários e do exame clínico, avaliar a reprodutibilidade e consistência interna dos instrumentos e para realizar a calibração do examinador quanto aos critérios dos instrumentos utilizados. Verificou-se apenas necessidade de adequação ao instrumento QCS-AE (Questionário de Capital Social para Adolescentes) em que perguntas que não apresentaram adequada consistência interna foram excluídas do estudo principal.

### *Coleta de Dados Clínicos*

A equipe constou de uma anotadora e uma examinadora (TOS) previamente treinada e calibrada em que valores de Kappa para lesões de trauma dentário foram acima de 0,85, indicando concordância quase perfeita e 0,61 para lesões de cárie dentária. A coleta de dados foi realizada nas próprias escolas, em horário e dia previamente agendados. Para o exame clínico, o escolar posicionou-se sentado em frente à examinadora. Os dentes foram limpos e secos com gaze e examinados com o auxílio de instrumental clínico previamente autoclavado. Foi utilizada a iluminação natural e artificial (DP. Led Light DP- 722 A, China).

A presença da cárie dentária foi avaliada por meio do Índice CPO-D proposto por Klein e Palmer (1937)<sup>27</sup>. No indivíduo examinado o índice CPO-D é o resultado da somatória do número de dentes permanentes cariados, restaurados e perdidos. Portanto, na dentição permanente, seus valores variam de zero a 32<sup>28</sup>. Para a dentição temporária (decídua), foi utilizado o índice ceo-d. Este indica através de seus componentes os dentes cariados (c), dentes com extração indicada (e) e dentes obturados (o). A condição “extraído” não é avaliada neste índice, porque clinicamente não se conclui se o dente foi perdido por cárie ou se sofreu esfoliação dentária natural para aguardar a substituição pelo dente permanente<sup>29</sup>.

O traumatismo dentário foi classificado de acordo com o índice de O'Brien<sup>30</sup> em que foram registrados fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura coronária com envolvimento pulpar, luxação extrusiva, luxação lateral, luxação intrusiva, avulsão, descoloração, presença de fístula e perda ou restauração do dente devido a trauma.

Para a análise da prevalência de sangramento gengival foi utilizado o Índice de Loe e Silness<sup>31</sup>, 1963. Com auxílio de uma sonda periodontal William foi realizada a sondagem apenas na margem gengival sem penetrar no sulco. O sangramento foi considerado como presente quando, em até 15 segundos após a passagem da sonda, este fosse positivo. Assim, a detecção do índice de sangramento de margem gengival individual é obtido por meio de uma média onde o dente é dividido clinicamente em quatro faces, sendo os escores de cada face somados e posteriormente divididos de acordo com o número de dentes e faces analisadas.

A avaliação da presença, duração, causa, intensidade e localização da dor de dente, foi realizada de acordo com Góes<sup>32</sup>, 2001. Sua prevalência foi investigada em dois momentos, alguma vez na vida e nos último mês. Para identificar a causa da dor algumas opções foram elencadas como a presença de cavidade no dente, dor ao comer ou beber algum alimento, entre outras. A intensidade da dor foi avaliada por uma escala analógica visual<sup>33</sup>, essa escala consiste em uma linha com números de 0 a 10, cujos limites estão marcados com os extremos da dor e o indivíduo indica o número que mais representa a intensidade da sua dor.

#### *Coleta de dados não clínicos*

O questionário socioeconômico continha informações relacionadas ao sexo e idade da criança, renda per capita mensal, número de pessoas que vivem da renda, acesso a serviços odontológicos, moradia, tipo de escola dentre outras informações. A percepção da saúde bucal foi avaliada por meio do questionamento “*Como você considera a situação da boca ou dos dentes do seu filho?*”. As respostas foram dicotomizadas em positiva para “muito boa” e “boa” e negativa para “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

O capital social foi investigado pelo Instrumento “Questionário de capital social para adolescentes escolares – (QCS-AE)” previamente validado<sup>34</sup>. Neste questionário 4 domínios são avaliados: Coesão Social na Escola, Rede de Amigos na Escola, Coesão Social no Bairro/Vizinhança e Confiança: Escola, Bairro/Vizinhança. Para sua



utilização em crianças de 08 a 11 anos foi verificado boa consistência interna com Alfa de Cronbach para a escala total de 0.620 e observado a necessidade de adequá-lo com a exclusão de 3 itens do instrumento (Tabela 1). Foi adotada a escala de Likert de três pontos, com as seguintes respostas: “concordo; nem concordo nem discordo; e discordo”. Os scores para o Capital Social do instrumento modificado variaram de 09 a 27, sendo que, o escore 1 representou a opção concordo para as afirmações negativas e discordo para as positivas e o escore 3 representou a opção discordo para as afirmações negativas e concordo para as positivas de modo que, quanto maior o escore, mais favorável o capital social. Os dados foram dicotomizados em alto e baixo capital social.

### *Análise de dados*

Para a análise dos dados empregou-se o programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA, versão 22.0). Realizou-se, inicialmente, a análise descritiva, recategorizações das variáveis e transformações de variáveis quantitativas em variáveis categóricas para a realização das análises. O teste Qui-quadrado foi empregado para verificar a associação entre a percepção de saúde bucal do responsável em relação ao seu filho e as variáveis independentes. O nível de significância adotado para o estudo foi de  $p \leq 0,05$ . As variáveis foram agrupadas em uma hierarquia de categorias que varia de determinantes distais a determinantes proximais. Essas categorias incluíram características sociodemográficas e odontológicas. Para cada nível, foi realizada análise de Regressão Hierárquica de Poisson com variância robusta para associar a percepção de saúde bucal a cada domínio do capital social, fatores socioeconômico e condição bucal clínica. Esta análise foi realizada para excluir variáveis com um valor de  $p < 0,20$ . Apenas as variáveis explanatórias com valor de  $p < 0,05$  após ajuste para variáveis sobre os mesmos ou prévios níveis de determinantes foram selecionadas para os modelos finais. Razões de prevalência (PR) e intervalos de confiança de 95% (IC) foram calculados.

### **Resultados**

A amostra foi composta por 627 alunos (taxa de participação: 94,7%). O sexo feminino representou 53% ( $n = 332$ ). A grande maioria (86,9%;  $n = 545$ ) estava matriculada em escolas públicas. Um total de 68% ( $n = 393$ ) dos escolares pertencentes a famílias com renda mensal inferior a 2 salários mínimos (USD 494,30), sendo que em 84,7% ( $n = 508$ ) das famílias há 3 pessoas ou menos que vivem da renda. O capital social

foi baixo em 73,7% (n=455) da amostra. Em relação aos fatores odontológicos, foi observado que 45,9% (n= 284) apresentaram lesões de cárie dentária e 13,1% (n=81) lesões de trauma dentário. A maioria apresentou sangramento gengival (81,%; n= 483) e 24,8 % (n=151) dos escolares nunca foram ao dentista. Um total de 70,1% (n= 438) relatou já ter tido dor de dente na vida e 20,4% (n=126) dor no último mês. A percepção do responsável em relação a saúde bucal da criança foi negativa (regular a muito ruim) em 59,5% (n=362) dos casos.

A tabela 2 mostra a associação entre a percepção do responsável em relação a saúde bucal da criança e variáveis independentes. Foi observado que escolares com menores níveis de capital social total ( $p<0,001$ ) e do domínio confiança ( $p=0,001$ ) estavam associadas percepção de saúde bucal negativa ( $p=0,001$ ). Além disso, aquelas crianças que pertenciam a escola pública ( $p<0,001$ ), a famílias com renda inferior a 2 salários ( $p<0,001$ ) com moradia não própria ( $p=0,004$ ) e que nunca foram ao dentista ( $p<0,001$ ) também estiveram associados a percepção negativa de saúde bucal. Em relação as variáveis odontológicas investigadas apenas as lesões de trauma não apresentaram significância estatística ( $p=0,600$ ).

A regressão univariada bruta e a ajustada (tabela 3) revelou que baixo capital social, [PR: 1,22 (95%CI: 1,01-1,47)  $p = 0,035$ ], escola pública [PR: 1,62 (95%CI: 1,06-2,48)  $p=0,025$ ], renda inferior a dois salários [PR: 1,52 (95%CI: 1,23-1,87)  $p<0,001$ ], alto número de pessoas na família [PR: 1,25 (95%CI: 1,07-1,46)  $p=0,005$ ], falta de acesso a consultas odontológicas [PR: 1,62 (95%CI: 1,06-2,48)  $p= 0,034$ ], presença de dor de dente [PR: 1,20 (95%CI: 1,00-1,45) $p= 0,055$ ], sangramento e cárie dentária [PR: 1,66 (95%CI: 1,25-2,21)  $p= 0,001$ ], estiveram significativamente associados à percepção negativa de saúde bucal. Estas variáveis foram controladas por níveis e por todas as variáveis e que permaneceram no modelo. No modelo multivariável final (tabela 4) as mesmas variáveis supracitadas causaram impacto na percepção de saúde bucal, exceto o tipo de escola da criança.

## **Discussão**

O presente estudo identificou que a percepção negativa do cuidador em relação à saúde bucal do filho esteve associada com baixos níveis de capital social da criança, independentemente de fatores socioeconômicos e clínicos, o que suporta a hipótese da influência benéfica das conexões sociais na saúde bucal do indivíduo. Uma pesquisa transversal de base populacional realizado nos Estados Unidos utilizando dados de

crianças cujas mães participaram da Pesquisa Nacional de Saúde Infantil, apresentou resultados semelhantes. Foi observado que aquelas com baixo capital social estiveram 79% mais propensas a relatar insatisfação com a saúde bucal dos seus filhos<sup>35</sup>, porém foram avaliados apenas os níveis de capital social da mãe não sendo identificados os níveis do capital social na criança.

Neste estudo, a associação entre o alto capital social infantil e a percepção positiva do cuidador sobre a saúde bucal da criança pode ser explicada pelo aumento das oportunidades ao acesso a informações e normas de comportamento de saúde bucal, bem como recursos para ajudar a apoiar as consultas odontológicas das crianças por meio de trocas recíprocas e eficácia coletiva na vizinhança<sup>35, 36</sup>. A mensuração do capital social dos pais para investigar estado dos filhos pode não refletir a realidade vivenciada por estes e tal modelo frequentemente ignora as necessidades percebidas pelas crianças. Sendo assim, a saúde pública necessita de indicadores para a mensuração da percepção e repercussão da doença bucal sobre vida das crianças com o intuito da elaboração de políticas de saúde específicas e resolutivas<sup>37, 34</sup>.

Estudos prévios realizados em faixas etárias distintas também apresentaram resultados semelhantes, uma análise transversal multinível realizada em adultos de 60 bairros da Austrália utilizando um projeto de cluster estratificado em dois estágios para avaliar as desvantagens da vizinhança através de um índice composto baseado em censos, foi observado o efeito contextual do bairro em que, após ajuste para idade, sexo, educação e renda familiar, os moradores de bairros desfavorecidos foram significativamente mais propensos a indicar impactos negativos das condições bucais, na perda dentária, na qualidade de vida, além de avaliar sua saúde bucal como regular ou ruim<sup>36</sup>.

Considerando tais efeitos contextuais do bairro, crianças que vivem em locais com alto capital social podem estar em ambientes propensos a receber ajuda na resolução de problemas de acesso a informação e atendimento odontológico, como o transporte para consultas odontológicas ou cuidados infantis. Além disso, as regiões com alto nível de capital social podem ter maior probabilidade de acesso a serviços de saúde bucal, de rede de segurança ou sistemas formais de apoio social, além de práticas de lazer que beneficiam o bem estar físico e mental<sup>35, 38</sup>.

Em relação aos fatores socioeconômicos foi observado que as famílias de baixa renda estavam 43% mais propensas a apresentar percepção negativa da saúde bucal da criança que aquelas com rendas superiores, além disso, aquelas matriculadas em escolas

públicas e sem moradia própria também apresentaram resultados negativos. Alguns estudos mostram que pessoas de baixa classe socioeconômica têm maior probabilidade de estarem expostas a vários fatores de risco que afetam a autopercepção da saúde bucal<sup>13, 4, 14</sup>.

Um estudo realizado com 455 crianças, com idades entre 1 e 5 anos no sul do Brasil mostrou que pais de menor renda eram mais propensos a avaliar a saúde bucal de seu filho como "ruim". Uma explicação possível para a ligação entre status socioeconômico e saúde bucal pode estar no efeito de variáveis psicossociais nas decisões individuais de estilo de vida, em que pessoas de níveis de mais altos de estresse psicossocial têm mais probabilidade de fazer escolhas comportamentais ou de estilo de vida prejudiciais à saúde<sup>15, 16</sup>.

Ao observarmos os fatores clínicos, pais de crianças que apresentavam cárie dentária, sangramento gengival e dor de dente perceberam a saúde bucal do filho como regular a ruim. Resultados semelhantes foram identificados na literatura em relação a dor e cárie<sup>4, 13, 24</sup>. Porém em uma avaliação com crianças brasileiras com idade entre três e cinco anos constatou que os responsáveis consideraram a saúde bucal da criança como ruim apenas quando a cárie dentária envolvia a dor de dente. Além disso, identificaram que a maioria dos pais percebia de forma positiva a saúde bucal das crianças pré-escolares, contrapondo a prevalência de 59,5% para percepção negativa relata neste estudo. Uma possível explicação para as disparidades pode estar na diferença das idades avaliadas, neste estudo foram avaliadas crianças com faixa etária superior e as maiores prevalências das doenças bucais e da consequente percepção negativa podem estar associadas ao efeito cumulativo, sequelas e à gravidade dos problemas de saúde bucal com o aumento da idade<sup>4, 14, 39</sup>.

Em relação à interpretação dos resultados, uma limitação importante encontra-se no delineamento transversal, que impede uma hipótese de causalidade e relações temporais entre o desfecho e variáveis preditoras. Além disso, não há na literatura instrumentos validados para avaliação do capital social em crianças de 08 a 11 anos. Na tentativa de sanar essa limitação foi realizada a adequação do questionário validado em escolares de 12 anos, idade próxima à população deste estudo (QCS-AE Questionário de Capital Social para Adolescentes). Através da avaliação da propriedade pscométrica consistência interna e consequente exclusão de 3 itens do questionário para utilização em crianças mais novas. São necessários estudos futuros que examinem de forma abrangente os determinantes individuais e sociais da saúde bucal através de desenhos

longitudinais que possam fornecer informações sobre os possíveis caminhos causais do capital social para comportamentos e percepção de saúde bucal.

Segundo Gilbert *et al.* (1998), avaliações subjetivas são muito mais informativas de como a doença afeta a vida diária de indivíduos do que avaliações baseadas exclusivamente no julgamento clínico realizado pelo profissional de saúde<sup>41</sup>. Esses conceitos levaram à construção de indicadores subjetivos em saúde bucal, nos quais o relato do paciente amplia o conhecimento das consequências individuais da doença<sup>41</sup>. Apesar disso, a maioria dos trabalhos avaliaram a percepção relacionada com a fatores objetivos e mais facilmente visualizados como a presença e ausência de lesões.

Do ponto de vista da odontologia, a cavidade bucal tem sido dissociada historicamente do restante do corpo quando se considera o estado de saúde geral. Tradicionalmente, os pais têm sido treinados para reconhecer e procurar tratamento de doenças bucais como cárie e doença periodontal com alterações objetivas presentes e muita das vezes seguida de sintomatologia dolorosa, porém as medidas objetivas somente refletem a doença, não indicam a repercussão dessa na função bucal ou no bem-estar psicossocial dos indivíduos<sup>42</sup>.

O baixo capital social da criança foi associado à percepção negativa de saúde bucal dos seus responsáveis independentemente de fatores clínicos e sociodemográficos. Compreender os fatores que afetam a percepção dos pais sobre saúde bucal dos filhos pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias para superar as barreiras que os pais encontram no acesso da criança aos cuidados odontológicos. Além disso, esse entendimento pode permitir que os pais sejam colaboradores juntamente aos prestadores de serviços de saúde para garantir o bem-estar de seus filhos.

### **Porque este trabalho é importante para odontopediatras?**

- As percepções dos pais sobre a saúde bucal do filho podem determinar a procura pelo atendimento odontológico especializado em crianças.
- É importante que odontopediatras compreendam os fatores que afetam a percepção dos pais sobre a saúde do filho para que possam orientá-los buscando a parceria do responsável no restabelecimento da saúde bucal da criança.

## **AGRADECIMENTOS**

O estudo recebeu financiamento da Coordenação Brasileira de Ensino Superior, Ministério da Educação (CAPES), a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

## Referências

1. Mello DF, Henrique NCP, Pancieri L, Veríssimo MDeLÓ, Tonete, VLP, Malone M. Childsafety from the perspective of essential needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(4): 604-10.
2. Souza JM, Verissimo MdeLÓ. Desenvolvimento da criança: análise de um novo conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23( 6): 1097-1104.
3. Hickson GB, Clayton EW. Parents and their children's doctors. In: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting*. Vol. 5. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum 2002; 439-62.
4. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc*. 2005;136:364–72
5. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oralhealth– related quality of life. *J Dent Res* 2002;81:459-63.
6. Amorim RG, Figueiredo MJ, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Experiência de cárie em uma população infantil em uma área carente do Brasil, usando o ICDAS II. *Clin Oral Investig* 2012; 16: 513-520.
7. Cook SL, EA Martinez-Mier, Dean JA, JD Weddell, Sanders BJ, Eggertsson H, et al .. A experiência de cárie dentária e associação a indicadores de risco de populações rurais remotas. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18: 275-283.
8. Ramos-Jorge J., Paiva S. M., Tataounoff J., Pordeus I. A., Marques L. S., Ramos-Jorge M. L. Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren. *Dental Traumatology* 2014;30(1):27–31.
9. Fernandes IB, Pereira TS, Souza DS, Ramos-Jorge J, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Severity of Dental Caries and Quality of Life for Toddlers and Their Families. *Pediatr Dent*. 2017; 39 (2): 118-123.
10. Souza JGS, Souza SE, Noronha MDS, Ferreira EFE, Martins AMEBL. Impact of untreated dental caries on the daily activities of children. *J Public Health Dent*. 2017.
11. Versloot J, Klaassen MA. Quality of life and oral health in children. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118 (3): 158-60.
12. World Dental Federation. The challenge of oral disease – a call for global action. *The oral health atlas*. 2nd edn. Brighton, UK: Myriad Editions, 2015.

13. Sohn W, Taichman LS, Al Ismail, Reisine S. Caregiver percepção do estado de saúde bucal da criança entre os afro-americanos de baixa renda. *Pediatr Dent* 2008; 30: 480-487.
14. Wandera M, Kayondo J, Engebretsen IM, Okullo I, Astrom AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:251–62.
15. Elstad J. The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociol Health Illn* 1998;20:598–618
16. White K. An introduction to the sociology of health and illness. London: *Sage Publications*; 2002.
17. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.
18. Coleman JS. Social Capital in the creation of human capital. *Am J Sociol*; 94:95-121. 1988.
19. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Bonding versus bridging social capital and their associations with self-rated health: a multilevel analysis of 40 U.S. communities. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:116–122.
20. Aida J, Ando Y, Oosaka M, Niimi K, Morita M. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36:149-56.
21. Szreter S & Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology* 2004; 33(4): 650–667.
22. Aida J, Hanibuchi T, Nakade M, Hirai H, Osaka K, Kondo K. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2009;69:512-8.
23. Valente TW, Gallaher P, Mouttapa M. Using social networks to understand and prevent substance use: a transdisciplinary perspective. *Subst Use Misuse*. 2004; 39(10-12):1685-712
24. Piovesan C, Marquezan M, Kramer PF, Bönecker M, Ardenghi TM. Fatores socioeconômicos e clínicos associados à percepção dos cuidadores sobre a saúde bucal infantil no Brasil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 260-267.
25. Imai S, Mansfield CJ. Relationship With General Health and Behavioral Risk Factors North Carolina. *Medical Journal* 2015; 76(3): 142-147.



26. Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF, Feldens CA, Milgrom PM. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(2).
27. WHO: oral health surveys—basic methods. 4th edn. Geneva: World Health Organization, 1997.
28. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. *Artmed* 2003; 440
29. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 5ª ed, São Paulo: Santos; 2008.
30. O'Brien M. Children's dental health in the United Kingdom 1993. In: Report of dental survey, Office of Population Censuses and Surveys. London: Her Majesty's Stationery Office; 1994.
31. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22: 112-135.
32. Góes PSA. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families. Thesis (PhD) - *Department of Epidemiology and Public Health*. University College London, London. 2001; 305.
33. Jensen MP, Turner LR, Turner JA, Romano JM. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement. *J Pain*. 1996;67:35-40.
34. Paiva PCP, Paiva HNd, Oliveira Filho PMd, Lamounier JA, Ferreira EF. Development and Validation of a Social Capital Questionnaire for Adolescent Students (SCQ-AS). *PLoS One* 2014; 9(8): e103785.
35. Iida H, Rozier RG, Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States *Am J Public Health*. 2013; 103(3):480-87.
36. Turrell G, Sanders AE, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. A contribuição independente da desvantagem da vizinhança e da posição socioeconômica em nível individual para a saúde bucal autorreferida: uma análise multinível. *Comunidade Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35 (3): 195-206.
37. Martins JG, de Paiva HN, Paiva PCP, Ferreira RC, Pordeus IA, Zarzar PM, et al. (2017) New evidence about the “dark side” of social cohesion in promoting binge drinking among adolescents. *PLoS One* 12(6): e0178652.
38. Nakhaie R, Arnold R. A Four Year (1996-2000) Analysis of Social Capital and Health Status of Canadians: The Difference That Love Makes. *Social Science & Medicine*. 2010; 71(5):1037-44.

39. Braun PA, Lind KE, Batliner T, Brega AG, Henderson WG, Nadeau. Caregiver reported quality of life related to oral health in young American Indian children. *J Immigr Minor Health* 2014; 16: 951-958.
40. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB (1998) Multidimensionality of oral health in dentate adults. *Medical care* 36: 988–1001.
41. Antunes JL, Biazevic MG, de Araujo ME, Tomita NE, Chinellato LE, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil, 1980–1998. *Oral Oncol.* 2001;37:345–350.
42. Hancock PA, Blinkhorn AS. A comparison of perceived and normative needs for dental care in 12-year-old children in northwestern England. *Community Health Dent.* 1996; 13 (2): 81-5.

## TABELAS

Tabela 1. Consistência interna dos itens do Questionário de Capital Social para crianças dividido em quatro domínios (amostra de 127 crianças de 08 a 11 anos), sudeste do Brasil, 2018.

Itens	Correlação de Total Corrigida	Item Alfa de Crombach se o item for excluído
<b>Domínio Coesão Social na Escola</b>		
(1) Os alunos da minha escola ficam juntos.	0,334	0,588
(2) Eu sinto que pertenço a esta escola, como se ela fosse minha.	0,130	<b>0,647</b>
(3) Eu me sinto seguro nesta escola.	0,299	0,596
(4) Meus pais se dão bem com os meus professores.	0,042	<b>0,628</b>
<b>Domínio Rede de Amigos na Escola</b>		
(5) Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros.	0,297	0,595
(6) Eu confio nos meus amigos da escola.	0,445	0,557
(7) Eu posso pedir ajuda aos meus amigos da escola.	0,276	0,599
<b>Domínio Coesão Social no Bairro/ Vizinhança</b>		
(8) Eu confio nos vizinhos.	0,525	0,537
(9) Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos.	0,324	0,588
<b>Domínio Confiança/ Escola e Bairro/ Vizinhança</b>		
(10) Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio.	-0,43	<b>0,649</b>
(11) Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim.	0,389	0,573
(12) Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim.	0,235	0,607
<b>Alfa de Crombach= 0,620</b>		

Tabela 2. Associação entre variáveis do capital social, sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).

Variáveis Independentes	Percepção de Saúde Bucal		p-valor
	Positiva n(%)	Negativa n(%)	
<i>Capital Social</i>			
Alto	85 (53,5)	74 (46,5)	<0,001
Baixo	158 (36,3)	277 (63,7)	
<i>Domínio Coesão Social na Escola</i>			
Alto	184(41,8)	256 (58,2)	0,385
Baixo	61 (37,9)	100 (62,1)	
<i>Domínio Rede de Amigos</i>			
Alto	157 (43,4)	205 (56,6)	0,101
Baixo	88 (36,7)	152 (63,3)	
<i>Domínio Coesão Social no Bairro/ Vizinhança</i>			
Alto	149 (43,1)	197 (56,9)	0,141
Baixo	95 (37,9)	161 (62,1)	
<i>Domínio Confiança</i>			
Alto	159 (46,4)	184 (53,6)	0,001
Baixo	85 (32,8)	174 (67,2)	
<b>Variáveis Sociodemográficas</b>			
<i>Sexo</i>			
Fem	130 (40)	195 (60)	0,800
Mas	116 (41)	167 (59)	
<i>Idade</i>			
8-9	160 (42,8)	214 (57,2)	0,141
10-11	86 (36,8)	148 (63,2)	
<i>Tipo de Escola</i>			
Particular	62 (76,5)	19 (23,5)	<0,001
Pública	184 (34,9)	343 (65,1)	
<i>Escolaridade da mãe</i>			
≥9 anos	120 (51,7)	112 (48,3)	<0,001
<9 anos	108 (33)	219 (39,2)	
<i>Renda Familiar</i>			
≥ 2 salários	113 (61,1)	72 (38,9)	<0,001
< 2 salários	118 (30,1)	274 (69,9)	
<i>Número de Pessoas que Vivem</i>			

<i>da Renda</i>			
$\leq 3$ pessoas	220 (43,3)		
$>3$ pessoas	23 (25,3)		<b>0,001</b>
<i>Moradia</i>			
Própria	172 (44,9)	211 (55,1)	
Não própria	72 (33)	146 (67)	<b>0,004</b>
<i>Acesso a Serviços</i>			
<i>Odontológicos na Vida</i>			
Sim	206 (45,2)	250 (54,8)	
Não	40 (26,5)	111 (73,5)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Variáveis Odontológicas</b>			
<i>Dor de dente na vida</i>			
Não	97 (55,1)	79 (44,9)	
Sim	145 (34,1)	280 (65,9)	<b>&lt;0,001</b>
<i>Dor de dente no mês</i>			
Não	202 (42,7)	271 (57,3)	
Sim	39 (31,2)	86 (68,8)	<b>0,020</b>
<i>Índice sangramento</i>			
Não	76 (67,9)	36 (32,1)	
Sim	160 (34,3)	306 (65,7)	<b>&lt;0,001</b>
<i>Cárie Dentária Não Tratada</i>			
Ausente	183 (40,8)	141 (43,5)	
Presente	159 (21,4)	217 (78,6)	<b>&lt;0,001</b>
<i>Trauma</i>			
Ausente	213 (40,8)	309 (59,2)	
Presente	29 (37,7)	48 (62,3)	0,600

---

teste qui-quadrado

Tabela 3. Análise de regressão de Poisson univariada e ajustada por níveis. Associação entre variáveis do capital social sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).

Variáveis Independentes	Univariada		Multivariada	
	RP não ajustado (95% IC)	P	RP ajustado (95% IC)	P
<b>Nível 1- Variáveis do Capital Social e Sociodemográficas</b>				
<i>Capital Social</i>				
Alto	1		1	
Baixo	1,33 (1,09-1,63)	0,004	1,22 (1,01-1,47)	<b>0,035</b>
<i>Domínio Coesão Social Escola</i>				
Alto	1			
Baixo	1,022 (0,86- 1,21)	0,802		
<i>Domínio Rede de Amigos</i>				
Alto	1			
Baixo	1,11 (0,96-1,3)	0,159		
<i>Domínio Coesão Vizinhaça</i>				
Alto	1			
Baixo	1,09 (0,94-1,27)	0,229		
<i>Domínio Confiança</i>				
Alto	1			
Baixo	1,27 (1,10- 1,47)	<b>0,001</b>		
<i>Sexo</i>				
Feminino	1			
Masculino	1,03	0,703		
<i>Idade</i>				
8-9	1			
10-11	1,12 (0,97-1,30)	0,132		
<i>Tipo de Escola</i>				
Particular	1		1	
Pública	2,3 (1,54	<b>&lt;0,001</b>	1,62 (1,06- 2,48)	<b>0,025</b>

*Escolaridade da Mãe*

≥ 9 anos	1			
< 9 anos	1, 37 (1,16-1,61)	<0,001		

*Renda*

≥ 2 salários	1		1	
< 2 salários	1,79 (1,45- 2,19)	<0,001	1,52 (1,23-1,87)	<0,001

*Número de Pessoas que vivem da Renda*

≤ 3 pessoas	1		1	
<3 pessoas	1,32 (1,12- 1,55)	0,001	1,25 (1,07- 1,46)	0,005

*Moradia*

Própria	1			
Não própria	1,52 (0,10-1,33)	0,060		

**Nível 2- Variáveis Odontológicas***Acesso a Serviços*

Odontológicos	1		1	
Sim	1,26 (1,09-1,47)	0,002	1,16 (1,01- 1,34)	0,034
Não				

*Dor de dente na Vida*

Não	1		1	
Sim	1,43 (1,17-1,74)	<0,001	1,20 (1,00- 1,45)	0,055

*Dor de dente Mês*

Não	1			
Sim	1,19 (1,01- 1,39)	0,039		

*Índice de Sangramento*

Não	1		1	
Sim	1,95 (1,447-2,636)	<0,001	1,66 (1,25- 2,21)	0,001

*Cárie Dentária Não Tratada*

Ausente	1		1	
Presente	1,85 (1,58-2,17)	<0,001	1,63 (1,38-1,92)	0,001

*Trauma Dentário*

Ausente	1			
---------	---	--	--	--

<i>Presente</i>	1,08 (0,87-1,34)	0,491
-----------------	------------------	-------

---

RP Não ajustado: razão de prevalência não ajustado para variáveis do mesmo nível. RP Ajustado: razão de prevalência ajustado para variáveis de níveis prévios.



Tabela 4. Análise de regressão de Poisson ajustada modelo final. Associação entre variáveis do capital social, sociodemográficas, odontológicas e percepção da saúde bucal (variáveis dicotômicas).

Variáveis Independentes	RP ajustado (95% IC)	P
<b><u>Modelo Final</u></b>		
<b><i>Capital Social</i></b>		
Alto	1	
Baixo	1,26 (1,05- 1,50)	<b>0,011</b>
<b><i>Renda</i></b>		
≥ 2 salários	1	
<2 salários	1,43 (1,8- 1,73)	<b>&lt;0,001</b>
<b><i>Número de Pessoas na Família que vivem da Renda</i></b>		
≤ 3 pessoas	1	
>3 pessoas	1, 12 (1,04- 1,38)	<b>0,013</b>
<b><i>Dor de dente na vida</i></b>		
Não	1	
Sim	1,21 (1,01- 1,45)	<b>0,043</b>
<b><i>Presença de Sangramento</i></b>		
Não	1	
Sim	1,53 (1,92- 2,03)	<b>0,003</b>
<b><i>Cárie Dentária Não Tratada</i></b>		
Ausente	1	
Presente	1,51 (1,29- 1,78)	<b>&lt;0,001</b>

RP Ajustado: razão de prevalência ajustado para variáveis de níveis prévios.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os pais apresentam o seu papel central em garantir o bem-estar infantil, as suas avaliações podem também fornecer indicações da necessidade de assistência odontológica, dessa forma, é importante explorar suas percepções sobre a saúde bucal de seus filhos.

A percepção negativa do cuidador em relação à saúde bucal do filho esteve associada com baixos níveis de capital social da criança, independentemente de fatores socioeconômicos e clínicos, o que suporta a hipótese da influência benéfica das conexões sociais na saúde bucal do indivíduo.

Embora este estudo tenha contribuído nos fatores relacionados a percepção de saúde bucal do responsável em relação ao filho, não é possível estabelecer uma relação causal. Estudos prospectivos são necessários para otimização das evidências científicas.

A compreensão dos fatores do capital social, comportamentais, socioeconômicos e clínicos associados às percepções dos responsáveis sobre a saúde bucal das crianças pode ser uma informação importante no planejamento de políticas públicas de saúde.

#### 4. REFERENCIAS GERAIS

- AIDA, J.; ANDO, Y.; OOSAKA, M.; NIIMI, K.; MORITA, M. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2008.
- AIDA, J.; HANIBUCHI, T.; NAKADE, M.; HIRAI, H.; OSAKA, K.; KONDO, K. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. **Soc Sci Med.**;69:512-8. 2009.
- ALVES, R. X. Evolução do acesso à água fluoretada no estado de São Paulo, Brasil, desde a década de 1950 até o início do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. P. S69-s80, 2012
- BEZERRA, I.A.; GOES, P.S.A. Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1943-1950 , 2014.
- CAMARGO, M.B.J.; BARROS, A.J.D.; FRAZÃO, P.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S.; PERES, M.A. Preditores de consultas odontológicas para check-ups de rotina e para a resolução de problemas em pré-escolares. **Rev Saude Publica**, 46: 87-97, 2012.
- COLEMAN, J.S. Social Capital in the creation of human capital. **Am J Sociol**; 94:95-121. 1988.
- DU, Q.; YU, M.; LI, Y.; DU, H.; GAO, W.; MEI, H.; LIU, S. Permanent caries experience is associated with primary caries experience: a 7-year longitudinal study in China. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2016.
- ERIKSSON, U.; HOCHWÄLDER, J.; CARLSUND, A.; SELLSTRÖM, E. Health outcomes among Swedish children: the role of social capital in the family, school and neighbourhood. **Acta Paediatr** 101: 513–7. 2012
- GOMES, M.C.; CLEMENTINO, M.A.; PINTO-SARMENTO, T.C.A.; COSTA, E.M.M.B.; MARTINS, C.C.; GRANVILLE- GARCIA, A.F. Parental Perceptions of Oral Health Status in Preschool Children and Associated Factors. **Braz. Dent. J.** 26(4): 428-434, 2015.
- HICKSON, G.B.; CLAYTON, E.W. Parents and their children's doctors. In: **Bornstein MH**, ed. Handbook of parenting. Vol. 5. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum:439-62, 2002.
- IIDA, H.; ROZIER, R.G. Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States **Am J Public Health.**103(3):480-87, 2013.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Qual Life Res.** 13:1297-307, 2004.

KAWACHI I, KIM D, COUTTS A, SUBRAMANIAN SV. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. **Int J Epidemiol.** 33:682-90; 2004.

LAMARCA, G.A; LEAL, M.C.; LEAO, A.T. T.; SHEIHAM, A.; VETTORE, M.V. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. **Community Dent Oral Epidemiol**; 42: 139–150. 2014.

LEE, G.H.M.; MCGRATH, C.; YIU CKY, R.N.M. Uma comparação de uma medida específica de saúde genérica e oral na avaliação do impacto da cárie precoce na qualidade de vida. **Community Dent Oral Epidemiol**, 38: 333-339, 2010.

LOCKER D. The symptom iceberg in dentistry. Treatment-seeking in relation to oral and facial pain. **J Can Dent Assoc**, 54:271–274. 1988.

LOPEZ, R.; FERNANDEZ, O.; BAEUM, V. Social gradients in periodontal diseases among adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol.** 34(3):184-96. 2006.

MARSHALL, T.A.; EICHENBERGER-GILMORE, J.M.; LARSON, M.A.; WARREN, J.J.; LEVY, S. M. Comparison of the intakes of sugars by young children with and without dental caries experience. **J Am Dent Assoc.**;138:39–46. 2007.

MORGAN, A.; HAGLUND, B.J. Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. **Health Promot Int.** 24:363-72, 2009.

PAES LEME, A. F.; KOO, H.; BELLATO, C. M.; BEDI, G.; CURY, J. A. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation—new insight. **J Dent Res**; 85:878–887. 2006.

PAU, A.; KHAN, S. S.; BABAR, M.G.; CROUCHER, R. Dental pain and care-seeking in 11-14-yr-old adolescents in a low-income country. **Eur J Oral**, 116 (5): 451-7, 2008.

PIOVESAN C, M MARQUEZAN, KRAMER PF, BÖNECKER M, ARDENGHI TM. Fatores socioeconômicos e clínicos associados à percepção dos cuidadores sobre a saúde bucal infantil no Brasil. **Community Dent Oral Epidemiol**, 39: 260-267, 2011.

PORTES, A. Capital social: suas origens e aplicações na sociologia moderna. **Ann Rev Sociol** 22 : 1-24. 1998.

PUTNAM, R.D.; LEONARDI, R.; NANETTI, R.Y. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. **Princeton: Princeton University Press**, 1993.

ROUXEL, P.L.; HEILMANN, A.; AIDA, J.; TSAKOS, G.; WATT, R.G. Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**; 43: 97–105. 2015.

SABBAH, W.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A.; WATT R.G. The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. **Soc Sci Med**. 68:298–303, 2009.

SALEHYAR, M.H .; KEENAN, L .; PATTERSON, S .; AMIN, M. Conceptual understanding of social capital in a First Nations community: a social determinant of oral health in children. **International Journal of Circumpolar Health**. 74; 2015.

SANTIAGO, B.M.; VALENÇA, A.M.; VETTORE, M.V. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. **BMC Oral Health** 4;13:2. 2013.

SCHUCH, H.S.; CORREA, M.B.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F.; GOETTEMMS ML. Perceived dental pain: determinants and impact in Brazilian schoolchildren. **Oral Facial Headache**. 29: 168-176. 2015.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A.I.; PITTS, N. B. Dental caries. **Lancet**; 369:51–9. 2007.

SIMÓN-SORO, A.; MIRA, A. Solving the etiology of dental caries. **Trends in Microbiology**. Feb; 23 (2): 76-82. Valencia, Spain. 2015.

SOHN, W.; TAICHMAN, L.S.; ISMAIL, A.I.; REISINE, S. Caregiver's perception of child's oral health status among low-income African Americans. **Pediatr Dent**. 30:480–7, 2008.

TALEKAR, B.S.; ROZIER, R.G.; SLADE, G.D.; ENNETT, S.T. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **J Am Dent Assoc**; 136:364–72, 2005.

TELLEZ, M.; SOHN, W.; BURT, B.A.; ISMAIL, A.I. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African Americans: a multilevel approach. **J Public Health Dent**. 66(1):30-36. 2006.

TOMAZONI, F.; ZANATTA, F.B.; TUCHTENHAGEN, S.; da ROSA, G.N.; DEL FABRO, J.P.; ARDENGHI, T.M.; Association of gingivitis with child oral health-related quality of life. **J Periodontol**; 85(11):1557-65. 2014.

WANDERA, M.; KAYONDO, J.; ENGBRETSSEN, I.M.; OKULLO, I.; ASTROM AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. **Int J Paediatr Dent**. 19:251–62, 2009.

WATT RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol** 35:1–11. 2007.

## 5. APÊNDICES

### APÊNDICE A- CARTA DE APRESENTAÇÃO

Diamantina, \_\_\_\_\_ de 2017.

Prezado Pai/Mãe/Responsável Legal, sou Maria Letícia Ramos Jorge, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Gostaria que você lesse esse documento com atenção, pois, o objetivo dele é firmar acordo por escrito, mediante a sua autorização para a sua participação e a de seu filho nesta pesquisa.

#### **- Qual é o objetivo da pesquisa?**

Estamos querendo avaliar se as características comportamentais, uso de álcool, capital social, fatores demográficos apresentam associação com as alterações bucais em crianças.

#### **- Por que estamos realizando esta pesquisa?**

Vem sendo crescente o número de trabalhos que sugerem que o capital social beneficia a saúde dos indivíduos. Diante das limitações e dos poucos estudos encontrados em relação ao capital social e condição bucal de crianças nesta faixa etária, estudos bem realizados são importantes, uma vez que podem contribuir para determinar prioridades em saúde pública.

#### **- Como vai ser a pesquisa?**

Inicialmente, caso aceite participar da pesquisa, você assinará o termo de participação e responderá um questionário sobre condições socioeconômicas, a criança responderá ao questionário sobre capital social e uso de bebida alcoólica. Posteriormente, um cirurgião dentista fará o exame clínico da boca de seu filho. Os pesquisadores realizarão avaliação da presença de cárie dentária, traumatismo dentário, dor de dente e sangramento gengival. Você receberá um relatório sobre esse exame e, caso necessário, será alertado(a) sobre a necessidade de tratamento odontológico e seu filho será encaminhado às clínicas de atendimento odontológico infantil da UFVJM.

## **APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e  
Mucuri**



**Comitê de Ética em Pesquisa**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado Pai/Mãe/Responsável legal, seu filho está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 08 Á 11 ANOS .”**

A participação de seu filho não é obrigatória. Você também poderá recusar a participação do seu filho (a) em qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a escola.

O objetivo dessa pesquisa é investigar a associação entre capital social, fatores demográficos, comportamentais e alterações bucais em crianças de 08 a 11 anos de idade na cidade de Diamantina, Brasil. A participação de seu filho (a) consistirá em se submeter a um exame bucal realizado por um cirurgião dentista e a responder questionários relativos a condições bucais, capital social e consumo de bebida alcoólica. Caso aconteça qualquer desconforto durante o exame clínico e/ou constrangimento ao responder aos questionários lembre-se que seu filho poderá a qualquer momento se recusar a participar. Caso seja constatado alguma necessidade de tratamento, seu filho (a) será encaminhado a clínica de odontologia da UFVJM para atendimento gratuito. Você também irá responder a um questionário sobre a renda familiar a fim de se estabelecer a condição socioeconômica da família. Os riscos relacionados com a participação de seu filho são

mínimos, pois será feito apenas observação visual de sua boca, e serão minimizados pela utilização de materiais descartáveis e treinamento prévio do examinador. Os exames serão realizados em uma sala separada, feito individualmente.

As informações obtidas através dessa pesquisa são importantes investigar a associação entre capital social, fatores demográficos, comportamentais e alterações bucais (cárie dentária, traumatismo, condição periodontal, má oclusão e dor dentária), ajudando a planejar e implementar programas caso sejam necessários. Estas informações poderão ser divulgadas em encontros científicos como congressos, ou em revistas científicas, mas não possibilitarão a identificação dos participantes. Desta forma, garantimos o sigilo sobre sua participação e sobre as respostas do seu filho, uma vez que todo o material ficará sob responsabilidade do pesquisador e é proibida, a qualquer outra pessoa, vista dos questionários respondidos.

A participação de seu filho bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não haverá gastos relacionados com a participação. Não está previsto indenização pela participação, mas em qualquer momento se ele (a) sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Caso você esteja de acordo com a participação de seu filho (a) na pesquisa, gostaria da sua autorização.

Coordenador do Projeto:\_\_\_\_\_

Pesquisador:

Endereço:\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_



Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável: \_\_\_\_\_

R.G \_\_\_\_\_

Assinatura da criança: \_\_\_\_\_



---

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM  
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –  
Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1200 Coordenador: prof. - Disney Oliver Sivieri Junior

Secretaria: Ana Flávia de Abreu

email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.

**APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO RELACIONADO A DADOS SOCIOECONÔMICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS DA SAÚDE DA CRIANÇA**

**1-Dados de identificação**

a)Endereço: \_\_\_\_\_

b)Telefone para contato:\_\_\_\_\_ c) Outro telefone para contato\_\_\_\_\_

**2-Nome da criança:** \_\_\_\_\_

**3 Idade:** \_\_\_\_\_ **4- Gênero:**\_\_\_\_\_ **5- Turma:** \_\_\_\_\_

**6- Idade da mãe:**\_\_\_\_\_

**7-Estado civil da mãe:** ( ) solteira; ( ) casada; ( ) divorciada; ( ) outro

**8-Profissão:**\_\_\_\_\_

**9- Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**10-Renda mensal do grupo familiar:**

( ) menos de R\$937 ( ) de R\$ 937 a menos de R\$ 1.874 ( ) de R\$ 1.874 a menos de R\$4.685 ( ) de R\$4.685 a menos de R\$ 9.370 ( ) acima de R\$14.000

**11-Quantas pessoas vivem da renda mensal do grupo familiar?** ( ) uma ( )duas ou três ( )quatro ou cinco ( ) seis ou sete ( ) oito ou nove ( ) dez ou mais

**12-Escolaridade da mãe:** ( )Básico (0-9 anos) ( )Secundário (9-12 anos) ( ) ensino superior (13 + anos)

**13-Moradia:** ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( )Outros ( ) Em aquisição (por meio de financiamentos)

**14 Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?** ( )Nunca ( ) Uma vez por mês ou menos ( )2-4 vezes por mês ( )2-3 vezes por semana ( )4 ou mais vezes por semana

**15-Com quem a criança passa a maior parte do dia?** (cuidador principal)\_\_\_\_\_

**16- Seu filho faz uso de algum medicamento?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (ais)\_\_\_\_\_

**17- Seu filho já foi ao dentista?** ( ) Sim ( ) Não

**18- Quando seu filho foi ao dentista pela última vez?** ( )Há mais de 1 ano ( ) Menos de 1 ano ( ) Nunca

**19- Quantas vezes seu filho escova os dentes durante o dia?**( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ( ) Não escova todos os dias

**20-Seu filho já deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes?** ( ) Não ( ) Sim

**21- Seu filho costuma roer as unhas?** ( ) Não ( ) Sim, roía ( ) Sim, ainda rói

**22- Seu filho costuma morder objetos?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Sim, ainda morde

**23- Seu filho chupou dedo?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Sim, ainda chupa

**24- Seu filho chupava chupeta?** ( ) Não ( ) Sim ( ) Sim, ainda chupa

**25-Como você considera a situação da boca ou dos dentes do seu filho?**

( )Muito boa ( )Boa ( )Regular ( )Ruim ( )Muito ruim

## APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE CAPITAL SOCIAL

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### OI. OBRIGADO (A) POR NOS AJUDAR EM NOSSO ESTUDO.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas existentes na sua idade. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

### LEMBRE-SE:

- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas.
- Marque a SUA resposta sem interferência dos colegas.
- Responda SINCERAMENTE o que você puder.
- Suas respostas são sigilosas, NINGUÉM irá vê-las;

### Inicialmente, algumas perguntas sobre você:

Sexo: (0) Masculino (1) Feminino Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### A seguir, algumas perguntas sobre seus amigos, sua escola e seus vizinhos:

#### Coesão Social na Escola

1) Os alunos da minha escola ficam juntos?

0 ( ) Concordo

1 ( ) Não tenho opinião, não sei.

2 ( ) Discordo

2) “Eu sinto que pertenço a esta escola, como se ela fosse minha”.

0 ( ) Concordo

1 ( ) Não tenho opinião, não sei.

2 ( ) Discordo

3) “Eu me sinto seguro nesta escola”

0 ( ) Concordo

1 ( ) Não tenho opinião, não sei.

2 ( ) Discordo

4) “Meus pais se dão bem com meus professores”

0 ( ) Concordo

1 ( ) Não tenho opinião, não sei.

2 ( ) Discordo

#### Rede de Amigos na Escola

5) “Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros”

0 ( ) Concordo

1 ( ) Não tenho opinião, não sei.

2 ( ) Discordo

6) “Eu confio nos meus amigos da escola”

0 ( ) Concordo

- 1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
2 ( ) Discordo

- 7) “Eu posso pedir ajuda aos meus amigos a escola”  
0 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
2 ( ) Discordo

**Coesão Social no Bairro/Vizinhança**

- 8) “Eu confio nos vizinhos”  
0 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
2 ( ) Discordo

- 9) “Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos”  
0 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
2 ( ) Discordo

**Confiança / Escola e Bairro/Vizinhança**

- 10) “Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio”  
0 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
2 ( ) Discordo

- 11) “Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim”  
2 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
0 ( ) Discordo

- 12) “Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim”  
2 ( ) Concordo  
1 ( ) Não tenho opinião, não sei.  
0 ( ) Discordo

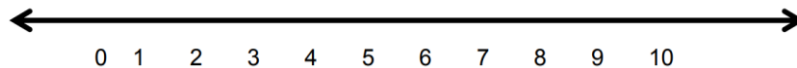
## APENDICE E- QUESTIONÁRIO DE DOR

1- Você já teve dor de dente na sua vida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei/ não me lembro

2- Você teve dor de dente nos último mês? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei/ não me lembro

3- Você poderia marcar na linha a seguir o tamanho dessa sua última dor de dente?

**Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez), a dor pior possível,**



4- Qual foi a principal causa da sua dor de dente? (marque apenas uma resposta)

- ( ) Buraco ou cavidade no dente
- ( ) Quando comi ou bebi alimentos quentes ,frios ou doces
- ( ) Quando mastiguei alguns alimentos duros
- ( ) Quando perdi um dente
- ( ) Um novo dente aparecendo
- ( ) Quando fiz tratamento com dentista
- ( ) Quando um dente quebrou
- ( ) Não sei/ não me lembro

## APÊNDICE F- FICHA CLÍNICA

### ÍNDICE DE PLACA *IPL*

Nome: \_\_\_\_\_

Idade da criança: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A= Dentes presentes x 4    B= Faces positivas     $IPL = B \times 100 / A$

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75



A= \_\_\_\_\_

B= \_\_\_\_\_

IPL= \_\_\_\_\_

17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27



47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

A- Ótimo: 15% ou menos    B- Bom: 16 a 25%    C- Deficiente: 26 a 35%

D- Péssimo: 35% ou mais

### ANEXO F- ÍNDICE DE SANGRAMENTO DE MARGEM (*ISMG*)

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75



A= \_\_\_\_\_

B= \_\_\_\_\_

ISMG= \_\_\_\_\_

17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27



47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

1-ausência  
2-sangramento a sondagem  
3-sangramento espontâneo

A- Ótimo    B- Bom    C- Deficiente    D- Péssimo

## AVALIAÇÃO DAS LESÕES DE CÁRIE

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nº dentes permanentes: \_\_\_\_\_ Nº dentes decíduos: \_\_\_\_\_

Índice de cárie: Dentição Decídua (ceo-d)										
Dente	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
Condição										
Tratamento										
Dente	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Condição										
Tratamento										

Índice de cárie: Dentição Permanente (CPOD)														
Dente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Condição														
Tratamt														
Dente	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Condição														
Tratamt														

### Códigos e Critérios para Condições OMS

Código	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado sem cárie
3	Restaurado com cárie
4	Perdido por cárie
5	Perdido por outras razões
6	Selante
7	Coroa/ faceta/ implante
8	Dente não erupcionado
T	Trauma
9	Sem registro

### Códigos para Necessidade de Tratamento OMS

Código	Condição
0	Nenhum tratamento
P	Prevenção- inativação de cárie
F	Selante de Fissuras
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Veener ou Coroa laminada
5	Cuidado pulpar e restauração
6	Extração indicada
7/8	Necessidades de outros cuidados
9	Não informado

## AVALIAÇÃO DO TRAUMATISMO DENTÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Trauma				
<b>Dente</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>Condição</b>				
<b>Tratamento</b>				
<b>Dente</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>
<b>Condição</b>				
<b>Tratamento</b>				

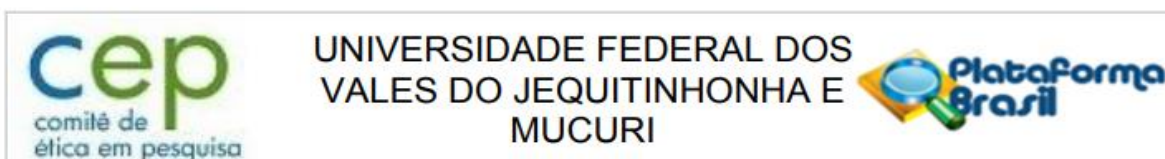
TRAUMATISMO DENTÁRIO - Dano	
<b>0</b>	<b>Sem Trauma</b>
<b>1</b>	<b>Fratura de esmalte somente</b>
<b>2</b>	<b>Fratura de esmalte/dentina</b>
<b>3</b>	<b>Qualquer fratura e sintomas de envolvimento pulpar</b>
<b>4</b>	<b>Sem fratura, sinais/sintomas de envolvimento pulpar</b>
<b>5</b>	<b>Dente perdido devido ao traumatismo</b>
<b>6</b>	<b>Outro dano</b>
<b>9</b>	<b>Não avaliado</b>

TRAUMATISMO DENTÁRIO – Necessidade de tratamento	
<b>0</b>	<b>Tratamento não necessário</b>
<b>1</b>	<b>Restauração adesiva</b>
<b>2</b>	<b>Restauração adesiva e tratamento endodôntico</b>
<b>3</b>	<b>Restauração adesiva, tratamento endodôntico, clareamento</b>
<b>4</b>	<b>Prótese unitária</b>
<b>5</b>	<b>Prótese unitária e tratamento endodôntico</b>
<b>6</b>	<b>Prótese móvel</b>
<b>7</b>	<b>Outro tratamento – especificar</b>
<b>8</b>	<b>NSA (dente sem trauma ou com tratamento executado)</b>
<b>9</b>	<b>Não avaliado</b>



## ANEXOS

### ANEXOS I- CARTA DE APROVAÇÃO PELO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da condição de saúde bucal e fatores associados em crianças de 8 a 11 anos de idade

**Pesquisador:** Paula Cristina Pelli Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 82037617.0.0000.5108

**Instituição Proponente:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

###### Apresentação do Projeto:

O conceito de capital social tem sido utilizado por vários autores em uma vasta gama de disciplinas, sendo crescente o número de trabalhos que sugerem que o capital social beneficia a saúde dos indivíduos. A saúde bucal deve ser compreendida não apenas a partir dos processos mórbidos, localizáveis biológica e individualmente, mas também e fundamentalmente a partir das relações que os homens estabelecem entre si ao viverem em sociedade. Trata-se, portanto, de um estudo transversal, que será realizado com dados de crianças matriculadas nas escolas públicas e privadas da zona urbana da cidade de Diamantina-MG. O cálculo da amostra foi realizado considerando um nível de significância 95% e um erro de estimativa 5%, apontando necessidade de avaliação de 692 crianças que serão selecionadas através da estratégia de amostragem por conglomerados, ocorrendo seleção em duplo-estágio. Este estudo tem como objetivo investigar a associação entre capital social, fatores demográficos, comportamentais e alterações bucais em crianças de 08 a 11 anos de idade na cidade de Diamantina, Brasil. Objetiva também validar o Questionário para medir o capital social em crianças escolares. Dados serão coletados por meio de exame clínico e por questionários autoaplicáveis para determinar a prevalência do traumatismo dentário, dor de dente, má oclusão, condição gengival, cárie dentária e consumo de bebida alcoólica. O padrão socioeconômico será investigado pela renda familiar e grau de escolaridade materna.

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 2.667.343

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Investigar a associação entre capital social, fatores demográficos, comportamentais e condição bucal em crianças de 08 a 11 anos de idade na cidade de Diamantina, Brasil.

##### **Objetivo Secundário:**

Investigar a prevalência de cárie dentária em escolares de 08 a 11 anos;

Investigar a prevalência de traumatismo dentário na dentição permanente em escolares de 08 a 11 anos;

Investigar a prevalência de sangramento gengival em escolares de 08 a 11 anos;

Investigar a prevalência de dor de dente em escolares de 08 a 11 anos;

Investigar a prevalência de má oclusão em escolares de 08 a 11 anos;

Investigar a prevalência do consumo de álcool em escolares de 08 a 11 anos;

Validar o Questionário para medir o capital social em crianças escolares;

Verificar a associação entre cárie dentária e capital social;

Verificar a associação entre traumatismo dentário e capital social;

Verificar a relação entre condição periodontal e capital social; Verificar a relação entre dor de dente na infância e capital social;

Verificar a relação entre consumo de álcool e condições bucais; Verificar a associação entre má oclusão e capital social;

Verificar a associação entre condição bucal e os fatores sociodemográficos.

---

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os riscos relacionados com a participação no estudo estão relacionados ao seu constrangimento e desconforto durante a realização das avaliações e/ou exames clínicos, assim como durante o preenchimento dos questionários.

Porém, os examinadores estarão preparados para identificar qualquer possível desconforto e interromper a avaliação caso isso ocorra.

Os exames serão realizados em uma sala separada, feito individualmente para não o constranger, com pesquisador previamente treinado e calibrado observando todos os preceitos de biossegurança.

##### **Benefícios:**

Os benefícios relacionados com a participação dos escolares será o conhecimento da condição bucal e fatores associados que ajudará a planejar os serviços de saúde. Estão previstos como

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

forma de acompanhamento e assistência odontológica para restabelecer a saúde bucal se for necessário. O levantamento de dados servirá para auxiliar no planejamento e implantação de programas de prevenção e controle pelo município, tanto das alterações bucais quanto do uso de álcool. O capital social poderá auxiliar no entendimento dos comportamentos de risco e/ou proteção adotados pelas crianças.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esse estudo será do tipo transversal, com uma amostra representativa de crianças na faixa etária entre 08 a 11 anos, matriculadas em escolas públicas e privadas da cidade de Diamantina/MG. A realização do estudo envolve a observação dos problemas de saúde bucal dos escolares e sua associação com o capital social. Foi realizado o cálculo do tamanho da amostra para estimativa de prevalência em uma amostra representativa, considerando um nível de significância 95% e um erro de estimativa 5%, adotou-se uma prevalência de 50% uma vez que algumas das alterações de saúde bucal são desconhecidas na população de crianças escolares de 08 a 11 anos de Diamantina MG. Realizando esse cálculo, obteve-se o valor de 384 indivíduos. Uma vez que será realizada uma estratégia de amostragem por conglomerados, ocorrendo seleção dos participantes em duplo-estágio, será considerado um efeito de design, multiplicando por 1,5. Para compensar eventuais perdas, será acrescido 20% ao cálculo, perfazendo um total de 692 participantes. As referidas escolas serão comunicadas para agendar uma visita do pesquisador. Nessa visita, serão esclarecidos os objetivos da pesquisa e quais as atividades que seriam realizadas na escola. Serão apresentadas, também, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização da Secretaria Estadual de Educação. Após o consentimento da direção e do corpo docente, serão solicitado a listagem com os alunos matriculados para a realização do sorteio. Os pais/responsáveis pelos alunos sorteados serão contatados para esclarecimento e sensibilização e receberão um envelope contendo a Carta de Apresentação, o TCLE, o instrumento DDQ e o questionário socioeconômico. Também será enviado a carta de anuência para que os escolares se manifestem quanto a sua participação na pesquisa. A medida que os responsáveis forem entregando os envelopes eles serão analisados somente aqueles alunos autorizados pelos pais/responsáveis e que consentirem em participar da pesquisa serão abordados. Será agendado previamente com a escola o dia para a realização do preenchimento dos questionários e coleta dos dados clínicos. Os alunos sorteados para participar da pesquisa serão contatados pelo pesquisador em horário de aula, com anuência prévia do professor, para sensibilização. O pesquisador explicará o

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



objetivo da pesquisa e solicitará aos estudantes empenho nas respostas dos questionários, garantindo o sigilo das mesmas. A aplicação dos questionários será realizada em sala de aula separada, na ausência do professor, na própria escola da criança. Todos os questionários e os instrumentos serão numerados de forma que cada

estudante receba uma única numeração, garantido que os resultados possam ser correlacionados. Os questionários serão lidos pelo pesquisador em voz alta, de modo

que ao final da leitura todos os estudantes pudessem terminar o preenchimento juntos, evitando a comunicação entre os participantes e que todos terminem simultaneamente. Em seguida, a anotador conduzirá individualmente cada aluno ao local reservado para a coleta dos dados clínicos. Este será uma sala reservada com boa iluminação natural. Os

alunos sentarão em carteira escolar para o exame bucal. Os dados clínicos e epidemiológicos serão coletados utilizando os instrumentos Índice de O'Brien, índice de placa, Índice de Sangramento de Margem Gingival (ISMGI), Dental Discomfort Questionnaire (DDQ), índice para classificação da cárie dentária CPO-D (WHO, 1997) e o Índice de Má Oclusão para avaliar traumatismo dentário, índice de placa bacteriana, condição gengival, dor dentária, prevalência de cárie e má oclusão respectivamente. Para realização dos exames intrabucais serão utilizados gaze, espelho clínico e sonda preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), previamente autoclavados e separados individualmente em número necessário para cada dia de avaliação clínica. Todos os cuidados com a biossegurança serão adotados para evitar a contaminação. A análise estatística será realizada por meio do SPSS 20.0 e contará com análise descritiva (análise de frequência das variáveis), análise bivariada e análise multivariada (Regressão Linear Múltipla), o valor de p significativo será fixado em  $p < 0,05$ .

Para validação do Questionário de Capital Social a reprodutibilidade (reprodutibilidade teste-reteste) e consistência interna serão avaliadas pelo coeficiente Kappa ponderado e Alpha de Cronbach, respectivamente.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o projeto, o cronograma, a folha de rosto, o TCLE para os pais e as Cartas das Instituições coparticipante.

#### **Recomendações:**

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 2.667.343

- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 28/10/2018. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043478.pdf	11/05/2018 17:30:18		Aceito
Outros	Carta_instituicao_Coparticipe_Particular_2.pdf	11/05/2018 17:29:53	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Outros	Carta_instituicao_Coparticipe_Particular_1.pdf	11/05/2018 17:28:46	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Outros	Autorizacao_co_participe.pdf	05/04/2018 17:25:17	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/02/2018 09:51:52	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.pdf	25/02/2018 09:51:28	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP.pdf	05/12/2017 18:44:53	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Outros	Questionarios_ficha_clinica.pdf	29/11/2017 05:39:19	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Outros	Termo_assentimento.pdf	29/11/2017 05:38:46	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	29/11/2017 05:38:21	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/11/2017 05:37:29	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	29/11/2017 05:36:50	Paula Cristina Pelli Paiva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

DIAMANTINA, 22 de Maio de 2018

Assinado por:  
Disney Oliver Sivieri Junior  
(Coordenador)

## ANEXO H- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA *INTERNATIONAL JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY*



### International Journal of Paediatric Dentistry

© BSPD, IAPD and John Wiley & Sons A/S



Edited By: Chris Deery

Impact Factor: 1.303

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: 45/89 (Dentistry Oral Surgery & Medicine); 71/120 (Pediatrics)

Online ISSN: 1365-263X

### *Author Guidelines*

**Content of Author Guidelines:** 1. General, 2. Ethical Guidelines, 3. Manuscript Submission Procedure, 4. Manuscript Types Accepted, 5. Manuscript Format and Structure, 6. After Acceptance.

**Relevant Documents:** [Sample Manuscript](#)

**Useful Websites:** [Submission Site](#), [Articles published in \*International Journal of Paediatric Dentistry\*](#), [Author Services](#), [Wiley-Blackwell's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#).

### **CrossCheck**

The journal to which you are submitting your manuscript employs a plagiarism detection system. By submitting your manuscript to this journal you accept that your manuscript may be screened for plagiarism against previously published works.

### **1. GENERAL**

*International Journal of Paediatric Dentistry* publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, prevention, restorative treatment and issues relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, clinical techniques, brief clinical reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in *International Journal*

of *Paediatric Dentistry*. Authors are encouraged to visit [Wiley-Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

In June 2007, the Editors gave a presentation on [How to write a successful paper](#) for the *International Journal of Paediatric Dentistry*.

## **2. ETHICAL GUIDELINES**

Submission is considered on the conditions that papers are previously unpublished, and are not offered simultaneously elsewhere; that authors have read and approved the content, and all authors have also declared all competing interests; and that the work complies with the [Ethical Policies of the Journal](#) and has been conducted under internationally accepted ethical standards after relevant ethical review.

### **CONFLICT OF INTEREST AND SOURCE FUNDING**

Journal of Oral Rehabilitation requires that all authors (both the corresponding author and co-authors) disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. These must be disclosed when directly relevant or indirectly related to the work that the authors describe in their manuscript. Potential sources of conflict of interest include but are not limited to patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. If authors are unsure whether a past or present affiliation or relationship should be disclosed in the manuscript, please contact the editorial office at [IJPDedoffice@wiley.com](mailto:IJPDedoffice@wiley.com). The existence of a conflict of interest does not preclude publication in this journal.

The above policies are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals produced by the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>). It is the responsibility of the corresponding author to have all authors of a manuscript fill out a conflict of interest disclosure form, and to upload all forms together with the manuscript on submission. The disclosure statement should be included under Acknowledgements. Please find the form below:

[Conflict of Interest Disclosure Form](#)

## **4. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE**

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should be submitted electronically via an online submission site. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support is available by phone (+1 434 817 2040 ext. 167) or [here](#). If you cannot submit online, please contact Mirlyn Consador in the Editorial Office by e-mail [IJPDedoffice@wiley.com](mailto:IJPDedoffice@wiley.com).

### **4.1. Getting Started**

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online submission

site: <http://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>

\*Log-in or, if you are a new user, click on 'register here'.

\*If you are registering as a new user.

- After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.

\*If you are already registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under 'Password Help'. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

\*Log-in and select 'Author Center'.

## 4.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your 'Author Center', submit your manuscript by clicking on the submission link under 'Author Resources'.

\* Enter data and answer questions as appropriate.

\* You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter. **Please note** that a separate *Title Page* must be submitted as part of the submission process as 'Title Page' and should contain the following:

- Word count (excluding tables)
- Authors' names, professional and academic qualifications, positions and places of work. They must all have actively contributed to the overall design and execution of the study/paper and should be listed in order of importance of their contribution
- Corresponding author address, and telephone and fax numbers and email address

\*Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.

\*You are required to upload your files.

- Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.

- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.

- When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

\* Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal. Click the 'Submit' button when you are finished reviewing.

## 4.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rtf) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) is now accepted by IPD. As such manuscripts can be submitted in both .doc and .docx file types.



#### **4.4. Review Process**

The review process is entirely electronic-based and therefore facilitates faster reviewing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by experts in the field (generally two reviewers), and the Editor-in-Chief makes a final decision. *The International Journal of Paediatric Dentistry* aims to forward reviewers' comments and to inform the corresponding author of the result of the review process. Manuscripts will be considered for 'fast-track publication' under special circumstances after consultation with the Editor-in-Chief.

#### **4.5. Suggest a Reviewer**

*International Journal of Paediatric Dentistry* attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript and their area of expertise. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well.

#### **4.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process**

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

#### **4.7. E-mail Confirmation of Submission**

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

#### **4.8. Manuscript Status**

You can access ScholarOne Manuscripts any time to check your 'Author Center' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

#### **4.9. Submission of Revised Manuscripts**

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

#### **4.10 Online Open**

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the

author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley Online Library, as well as deposited in the funding agency's preferred archive.

For the full list of terms and conditions, see  
[http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen\\_Terms](http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen_Terms).

Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at  
[https://authorservices.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/bauthor/onlineopen\\_order.asp](https://authorservices.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/bauthor/onlineopen_order.asp)

Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

## 5. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

**Original Articles:** Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. The summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words. A brief description, in bullet form, should be included at the end of the paper and should describe Why this paper is important to paediatric dentists.

**Review Articles:** may be invited by the Editor.

**Short Communications:** should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

**Clinical Techniques:** This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges.

**Brief Clinical Reports/Case Reports:** Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical/Case Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);

- a **Discussion** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.
- Please provide up to 3 bullet points for your manuscript under the heading: 1. Why this clinical report is important to paediatric dentists. Bullet points should be added to the end of your manuscript, before the references.

**Letters to the Editor:** Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

## 6. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

### 6.1. Format

**Language:** The language of publication is English. UK and US spelling are both acceptable but the spelling must be consistent within the manuscript. The journal's preferred choice is UK spelling. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at [http://authorservices.wiley.com/ez36/periodicos/capes.gov.br/bauthor/english\\_language.asp](http://authorservices.wiley.com/ez36/periodicos/capes.gov.br/bauthor/english_language.asp). All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

### 6.2. Structure

The whole manuscript should be double-spaced, paginated, and submitted in correct English. The beginning of each paragraph should be properly marked with an indent.

**Original Articles (Research Articles):** should normally be divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

**Summary** should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions.

**Introduction** should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.

**Material and methods** should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

**(i) Experimental Subjects:** Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association [Declaration of Helsinki](#) (version 2008) and

the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(ii) *Clinical trials* should be reported using the CONSORT guidelines available at [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org). A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

*International Journal of Paediatric Dentistry* encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(iii) *DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations*: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

**Results** should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.

**Discussion** section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.

**Bullet Points** should include one heading:

\*Why this paper is important to paediatric dentists.  
Please provide maximum 3 bullets per heading.

**Review Articles**: may be invited by the Editor. Review articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b) inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see: Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355. Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

**Clinical Techniques**: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges. They should conform to highest scientific

and clinical practice standards.

**Short Communications:** Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double spaced text, and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

**Acknowledgements:** Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

### **Supplementary data**

Supporting material that is too lengthy for inclusion in the full text of the manuscript, but would nevertheless benefit the reader, can be made available by the publisher as online-only content, linked to the online manuscript. The material should not be essential to understanding the conclusions of the paper, but should contain data that is additional or complementary and directly relevant to the article content. Such information might include the study protocols, more detailed methods, extended data sets/data analysis, or additional figures (including). All material to be considered as supplementary data must be uploaded as such with the manuscript for peer review. It cannot be altered or replaced after the paper has been accepted for publication. Please indicate clearly the material intended as Supplementary Data upon submission. Also ensure that the Supplementary Data is referred to in the main manuscript. Please label these supplementary figures/tables as S1, S2, S3, etc.

Full details on how to submit supporting information, can be found at <http://authorservices.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/bauthor/supinfo.asp>

### **6.3. References**

A maximum of 30 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). They should be identified in the text by superscripted Arabic numbers and listed at the end of the paper in numerical order. Identify references in text, tables and legends. Check and ensure that all listed references are cited in the text. Non-refereed material and, if possible, non-English publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. References to unpublished findings and to personal communication (provided that explicit consent has been given by the sources) may be inserted in parenthesis in the text. Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Kronfol NM. Perspectives on the health care system of the United Arab Emirates. *East Mediter Health J*. 1999; 5: 149-167.
2. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.
3. Al-Mughery AS, Attwood D, Blinkhorn A. Dental health of 5-year-old children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 308-309.
4. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and

high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 31-36.

If more than 6 authors please, cite the three first and then et al. When citing a web site, list the authors and title if known, then the URL and the date it was accessed (in parenthesis). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add (in press). Please ensure that all journal titles are given in abbreviated form.

We recommend the use of a tool such as [Reference Manager](#) for reference management and formatting. Reference Manager reference styles can be searched for here: [www.refman.com/support/rmstyles.asp](http://www.refman.com/support/rmstyles.asp).

## 6.4. Illustrations and Tables

**Tables:** should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines

**Figures and illustrations:** All figures should be submitted electronically with the manuscript via ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central). Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered accordingly with Arabic numerals. Avoid 3-D bar charts.

**Preparation of Electronic Figures for Publication:** Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it: <http://authorservices.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/bauthor/eachecklist.asp>.

## 7. AFTER ACCEPTANCE

### 7.1. Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

### **For authors signing the copyright transfer agreement**

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:

CTA Terms and Conditions

[http://exchanges.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/authors/faqs---copyright-\\_301.html](http://exchanges.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/authors/faqs---copyright-_301.html)

### **For authors choosing OnlineOpen**

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services

[http://exchanges.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/authors/faqs---copyright-\\_301.html](http://exchanges.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/authors/faqs---copyright-_301.html) and visit

<http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by certain funders [e.g. The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) or the Austrian Science Fund (FWF)] you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with your Funder requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com.ez36.periodicos.capes.gov.br/go/funderstatement>.

### **7.2. Permissions**

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the publisher.

### **7.3. NIH Public Access Mandate**

For those interested in the Wiley-Blackwell policy on the NIH Public Access Mandate, [please visit our policy statement](#)

